Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

34 300 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2016

Nr. 150

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 december 2015

Mede namens de Staatssecretaris van VWS stuur ik u de stand van zaken van de moties en toezeggingen die door ons zijn gedaan aan de Tweede Kamer, waarbij we voornemens waren u voor de jaarwisseling hierover te informeren. Aan veel van deze verzoeken van uw Kamer is inmiddels voldaan.

In deze brief wordt aan een aantal moties en toezeggingen voldaan en wordt u geïnformeerd over de moties en toezeggingen die om verschillende redenen, ondanks de intentie daartoe, niet meer in 2015 worden afgehandeld.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

kst-34300-XVI-150
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

Tijdens het Algemeen Overleg Evaluatie Zorginstituut Nederland op 11 juni jl. (Kamerstuk 25 268, nr. 121) heb ik toegezegd uw Kamer te informeren over **de benoemingscriteria, het toetsingskader en de profielschets voor lidmaatschap van de Adviescommissie Pakket van het Zorginstituut Nederland**. Hiermee voldoe ik aan deze toezegging. Het Zorginstituut heeft mij laten weten als volgt te werk te gaan bij het aandragen van kandidaten voor de Adviescommissie Pakket.

De Adviescommissie Pakket adviseert de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over de maatschappelijke aspecten van pakketadviezen. Om dat goed te kunnen doen, streeft het Zorginstituut naar een evenwichtige inbreng binnen de commissie van expertise op de volgende gebieden: bestuurlijke, beleids- en politieke vraagstukken, macro-economie en verdelingsvraagstukken, ethiek, medisch inhoudelijke expertise, health technology assessment, patiënten- en consumentenperspectief, de langdurige zorg en de systematiek van de zorgverzekeringen. Deze expertise zit verspreid over het aantal leden en vaste adviseurs van de commissie. Wanneer iemand uit de commissie vertrekt, wordt besproken met welke expertise de commissie moet worden aangevuld.

Bij het aanzoeken van nieuwe leden door het Zorginstituut wordt gezocht naar kandidaten die excelleren op één of meer van deze gebieden. Daarbij wordt tevens gekeken of zij: voldoende gezaghebbend zijn binnen hun vakgebied; kundig zijn in het argumenteren en logische redeneren vanuit het beoordelingskader van de Zvw en de Wlz; geen positie bekleden die onverenigbaar is met het lidmaatschap; kunnen voldoen aan de verplichtingen die het lidmaatschap met zich mee brengt met betrekking tot aanwezigheid, voldoende voorbereiding vergaderingen etc.

De leden worden op persoonlijke titel benoemd en nemen dus deel zonder last of ruggespraak. Het Zorginstituut heeft de gedragscode van de KNAW ondertekend. De leden vullen uit hoofde van deze gedragscode ieder jaar of zoveel vaker als er aanleiding voor is een belangenverklaring in waarbij zij hun nevenfuncties en mogelijke belangen daarbij melden.

In mijn brief aan uw Kamer inzake de «Stand van zaken moties en toezeggingen VWS» van 10 juli jl. (Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 115) heb ik toegezegd u te zullen informeren over de vernieuwing van het **openbaarmakingsbeleid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de inspectie Jeugdzorg (IJZ)**, bezien in het licht van het wetsvoorstel inzake de vernieuwde Gezondheidswet. Dit wetsvoorstel ziet op openbaarmaking van inspectieproducten van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA), de Inspectie Veiligheid en Justitie (IV&J), de IJZ en de IGZ. Uitgangspunt van de vernieuwde Gezondheidswet is transparantie en zo veel mogelijk geharmoniseerd openbaarmakingsbeleid in die zin dat ongerechtvaardigde verschillen tussen de betrokken inspecties voorkomen moeten worden. Ten behoeve van de vernieuwde Gezondheidswet heeft een inventarisatie plaatsgevonden van het voorgenomen openbaarmakingsbeleid van de vier toezichthouders. Hieruit is gebleken dat er op een aantal punten verschillen zijn. Er wordt op dit moment gewerkt aan het overbruggen van de verschillen teneinde zo veel mogelijk een geharmoniseerd openbaarmakingsbeleid onder de vernieuwde Gezondheidswet te kunnen voeren. Ik zal uw Kamer over het openbaarmakingsbeleid in het begin van 2016 informeren.

In de «Voortgang programma Rechtmatige Zorg 2015» van 29 oktober jl. (Kamerstuk 28 828, nr. 93) hebben de Staatssecretaris en ik aangegeven dat u naar verwachting eind dit jaar de resultaten van de verkenning naar een meer **fraudebestendig pgb in vier domeinen** zult ontvangen. Wij

kunnen deze toezegging geen gestand doen. Naar verwachting ontvangt u dit rapport, inclusief een inhoudelijke reactie, in februari 2016.

Tijdens het Algemeen Overleg Elektronische gegevensuitwisseling op 18 juni jl. (Kamerstuk 32 620, nr. 162) heb ik toegezegd uw Kamer nader te informeren over **de stand van zaken ten aanzien van Persoonlijk Gezondheidsdossiers, het patiëntbelang, en vernieuwende manieren van communiceren tussen arts en patiënt**. In het onderstaande kom ik tegemoet aan deze toezegging.

In de «Voortgangsrapportage eHealth en Zorgverbetering» (Kamerstuk 27 529, nr. 134) heb ik aangegeven dat de NPCF het voortouw heeft genomen om het kader te ontwikkelen voor Persoonlijk Gezondheidsdossiers.

De afgelopen maanden is onder regie van de NPCF gewerkt aan de opstelling van een programma waarbij de in het Informatieberaad verenigde partijen[1] zich verbinden aan de gezamenlijke ambitie om patiëntregie te vergroten door brede beschikbaarheid van PGD's in 2019 voor iedereen die dat wil. Ik wil benadrukken dat het hierbij niet gaat om één fysiek product of (elektronisch) dossier, maar om elkaar aanvullende (gepersonaliseerde) PGD-functionaliteiten en diensten, zoals patiëntportalen, zelfzorgplatforms, webbased applicaties en apps waarin vanuit het perspectief van de patiënt informatie over bijvoorbeeld diagnose en medicatiegegevens kunnen worden samengebracht met bijvoorbeeld leefstijlgegevens, eigen metingen en revalidatieplannen. Het programma richt zich met name de randvoorwaarden waaraan dergelijk PGD's moeten voldoen. De opstelling van het eerder genoemde plan bevindt zich momenteel in de eindfase, zodat het vermoedelijk begin volgend jaar van start kan gaan.

Door dit plan te ondersteunen onderstreep ik het cruciale belang van beschikbaarheid van de eigen medische gegevens voor de positie van de patiënt, een evenwichtige behandelrelatie tussen arts en patiënt, en voor het maken van optimale afwegingen in het behandelproces (zie ook Kamerbrief «Samen beslissen», Kamerstuk 32 620, nr. 169). Daarbij zullen ook vernieuwende manieren van communiceren tussen arts en patiënt een steeds belangrijker rol spelen. Interactieve websites, apps en illustratieve video's komen in een steeds sneller tempo beschikbaar waardoor alle fasen van het behandelproces (bijvoorbeeld het kiezen voor een bepaalde behandeling, de preoperatieve voorbereiding, de revalidatie etc.) elektronisch worden ondersteund met adviezen, herinneringsberichten en toegang tot op de patiënt toegesneden informatie. De invoering en het gebruik van deze nieuwe hulpmiddelen bevorder ik door partijen met elkaar in contact te brengen, ervaringsuitwisseling tussen zorgaanbieders, patiënten en financiers te faciliteren, en een scherp oog te houden op mogelijke belemmeringen voor grootschalige toepassing en verspreiding. De onlangs door de Minister van EZ en mij geïntroduceerde Health Deals kunnen ook voor deze toepassing een geschikt instrument zijn om opschaling te bevorderen. Daarnaast werken wij in het Startupnetwerk met partners uit het veld samen aan methodes om de opschaling van veelbelovende initiatieven te versnellen.

De vernieuwing in de langdurige zorg neemt steeds duidelijker vormen aan. Dit omdat mensen en zorgorganisaties dat willen. De Voice of care dag in juli was de eerste zichtbare uiting van het kwaliteitprogramma voor de ouderenzorg: «Waardigheid en Trots». Op deze dag hebben 175 zorgorganisaties hun plannen voor kwaliteitsverbetering en

[1] Actiz, FMS, GGZ NL, InEen, KNMP, LHV, NHG, NFU, NPCF, KNGF, NVZ, VGN, VNG, VWS, ZN.

vernieuwing gepresenteerd. Deze 175 organisaties hebben initiatieven ingediend voor 757 locaties: ongeveer vier keer meer dan wij als doel hadden. In de plannen van de zorgorganisaties staan cliënten en zorgprofessionals centraal. Doel is om zoveel mogelijk voorbeelden op te nemen in de kwaliteits- en vernieuwingsprogramma's van het ministerie. Naast het vernieuwingsprogramma «Waardigheid en Trots», liefdevolle zorg voor onze ouderen werk ik aan een kwaliteitsprogramma voor de gehandicaptenzorg en aan een vernieuwingsagenda voor de langdurige zorg.

Tijdens onder meer de parlementaire behandeling van de Wlz heb ik aangegeven dat verdere uitwerking van zorgverbetering, innovatie en vernieuwing op de werkvloer en in beleid moet worden vormgegeven. Om sturing te geven aan dat proces heb ik toegezegd dat ik hiervoor – samen met veldpartijen- een agenda voor de langdurige zorg zal maken (Kamerstuk 33 891, nr. 106) en dat ik hierbij ook in zal ingaan op persoonsvolgende bekostiging (Kamerstuk 34 104, nr. 57). Deze agenda kunt u in het eerste kwartaal van 2016 van mij verwachten.

In de brief van de Staatssecretaris van 10 juli jl. (Kamerstuk 34 104, nr. 67), is u een nadere inhoudelijke reactie toegezegd op het Celsus rapport **«Verspilling in de langdurige zorg, een verkenning van de literatuur»**, als ook op het genoemde vervolgonderzoek dat in dit rapport is aangekondigd. Hiermee voldoe ik aan deze toezegging.

Het rapport van Celsus concludeert dat er geen specifieke wetenschappelijke studies bestaan die zich primair richten op verspilling in de langdurige zorg. Er zijn geen empirisch geëvalueerde interventies geïdentificeerd, die gericht zijn op het tegengaan van deze verspilling. Celsus onderschrijft wel dat verspilling in de langdurige zorg op meerdere gebieden voorkomt en heeft gekeken naar verschillende subthema's. Voedselverspilling, lean management en registratielasten worden als veelbelovende gebieden aangemerkt voor een aanpak. Op deze gebieden vinden inmiddels concrete activiteiten plaats, zoals een toolbox die zorgteams zelf kunnen gebruiken om registratielasten in de praktijk terug te dringen. Verder heeft Celsus een eigen analyse gemaakt, waaruit blijkt dat er variatie bestaat in het gebruik van zorg met en zonder verblijf tussen regio's, hetgeen ook op verspilling van zorg kan duiden. Celsus concludeert dat voor een verdere duiding van deze spreiding verder onderzoek nodig is. Dit vervolgonderzoek (dat dus niet een uitbreiding van het literatuuronderzoek betreft) is uitgevoerd en bestaat uit een benchmarkonderzoek op locatieniveau. Op de website www.zorgopdekaart.nl zijn inmiddels circa 2600 benchmarkrapporten van Celsus beschikbaar, waarbij de kwaliteitsgegevens en de financiële gegevens van instellingen aan elkaar zijn gekoppeld. Dit is voor de langdurige zorg voor alle concerns gedaan en tevens voor de organisatorische eenheden in de Verpleging en Verzorging. Zorg op de kaart levert hiermee cijfers en regionale beelden aan de hand waarvan het gesprek mogelijk is tussen partners in de regio (zorgkantoren, zorginstellingen, gemeenten, verzekeraars, banken). De analyse van spreiding in gebruik van zorg is daarmee op lokaal niveau mogelijk. Voor een nadere duiding van spreiding op regionaal en nationaal niveau is nader onderzoek nodig. Dit maakte echter geen onderdeel uit van de vervolgopdracht.

Tijdens het Algemeen Overleg Verpleeghuiszorg van 30 juni jl. (Kamerstuk 31 765, nr. 163) heeft de Staatssecretaris toegezegd eind 2015, in de volgende voortgangsrapportage Waardigheid & Trots, te rapporteren over **onderwijs, intensivering, aansluiting van de opleiding op de praktijk, kwaliteitsagenda en zorginnovatie**. In zijn brief van 13 november jl. (Kamerstuk 31 765, nr. 171) ter voorbereiding op het

Algemeen Overleg Kwaliteit Verpleeghuiszorg van 18 november jl. heeft de Staatssecretaris aangegeven de volgende voortgangsrapportage in januari 2016 naar uw Kamer te sturen.

Tijdens de behandeling van de VWS-begroting op 4 en 5 november jl. heeft de Staatssecretaris toegezegd zorgaanbieders in november te zullen informeren over de invulling van de afspraken over de besteding van de **extra middelen voor Waardigheid & Trots** (Handelingen II 2015/16, nr. 20, items 3 en 6 en nr. 21, items 3 en 7). Hij heeft dit begin november per brief gedaan. Voorbeelden van deze brieven zijn opgenomen als bijlagen bij zijn brief van 13 november jl. (Kamerstuk 31 765, nr. 171) ter voorbereiding op het Algemeen Overleg Kwaliteit Verpleeghuiszorg van 18 november jl. Daarmee heeft de Staatssecretaris aan zijn toezegging voldaan.

Tijdens de behandeling van de Wet langdurige zorg (Wlz) heeft de Staatssecretaris met uw Kamer van gedachten gewisseld over de **raakvlakken tussen cliëntondersteuning en de functie van de cliëntvertrouwenspersoon.** Naar aanleiding van de inbreng van het lid Flierman tijdens de behandeling van de Wlz in de Eerste Kamer is toegezegd om in overleg met gemeenten en zorgverzekeraars na te gaan hoe bij de overgang van Wmo naar Wlz het behoud van cliëntondersteuning kan worden bevorderd. Zelf heb ik tijdens het debat Maatschappelijke positie licht verstandelijk gehandicapten n.a.v. het SCP-rapport «Zorg beter begrepen» d.d. 16 april jl. toegezegd dat ik uw Kamer via de Staatssecretaris van VWS vóór de behandeling van de VWS-begroting 2016 zou informeren over een plan voor een structurele oplossing voor de financiering van Mentorschap Nederland (Handelingen II 2014/15, nr.77, item 8). Om met dit laatste te beginnen: in de VWS-begroting 2016 zijn middelen opgenomen om de subsidieverstrekking aan Mentorschap Nederland structureel te verlengen. De Staatssecretaris beraadt zich nog over de wijze waarop de landelijke taken van Mentorschap Nederland structureel kunnen worden geborgd. Vanwege inhoudelijke raakvlakken met cliëntondersteuning en cliëntvertrouwenswerk is het van belang om daarbij het gehele speelveld te bezien. Dit impliceert dat de Staatssecretaris een integrale visie op cliëntondersteuning in de brede zin des woords zal opstellen. In deze visie zal worden ingegaan op cliëntondersteuning in de Wmo en in de Wlz, cliëntvertrouwenswerk, casemanagement, juridische beschermingsmaatregelen als curatele, mentorschap en bewindvoering. Deze visie zal in het voorjaar van 2016 naar uw Kamer worden gestuurd.

In het Algemeen Overleg Euthanasie van november 2014 heb ik toegezegd uw Kamer te berichten over de uitgifte van de **niet-reanimerenpenning (NR-penning).** Ik ondersteun de wens tot een neutrale uitgifte. Ik vind het namelijk niet wenselijk dat mensen lid moeten worden c.q. zijn van een organisatie om de penning te mogen kopen. Ik heb dan ook verschillende partijen benaderd met het verzoek om de uitgifte en verstrekking van de NR-penning ter hand te nemen. De in eerste instantie benaderde partijen zagen hier echter geen mogelijkheden toe. Vervolgens heb ik het verzoek neergelegd bij de NPCF, die op dit moment overweegt of zij dit op zich kan nemen. Ik verwacht u hierover in het voorjaar duidelijkheid te kunnen geven.

In de brief «Moties begrotingsbehandeling VWS» van dinsdag 15 december jl. stond abusievelijk dat de **motie van lid Krol (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 84)** is aangenomen.

Ten aanzien van de motie Kuzu (GrKÖ) (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 87), waarin de regering gevraagd wordt bewustwording te blijven creëren bij

zorginstellingen, opleidingsinstituten en lokale overheden voor het feit dat in de toekomst een steeds groter beroep zal worden gedaan op de **cultuursensitiviteit van zorginstellingen,** het volgende. Zoals de Staatssecretaris bij de begrotingsbehandeling heeft aangegeven, vindt hij het belangrijk dat mensen die in een instelling wonen hun leven kunnen inrichten volgens hun eigen wensen en behoeftes. Dat is de essentie van de omslag die we in de langdurige zorg willen bewerkstelligen. Aandacht voor culturele identiteit maakt daar onderdeel van uit. Er is overigens inmiddels een verscheidenheid aan instellingen die hebben gekozen voor een specifieke culturele of levensbeschouwelijke grondslag.

Daarnaast ziet de Staatssecretaris dat diverse zorginstellingen inspelen op de behoeften van huidige en toekomstige cliënt(groep)en binnen hun directe omgeving door bijvoorbeeld woon- en leefgroepen te creëren, waar cliënten met een bepaalde culturele of levensbeschouwelijke identiteit in een herkenbare eigen sfeer worden verpleegd, verzorgd en bejegend. De Staatssecretaris vindt het belangrijk dat instellingen zich er bewust van zijn dat zij door de veranderende bevolkingssamenstelling rekening zullen moeten houden met veranderende wensen en behoeftes.

Samen met SZW draagt hij daarom bij aan het traject «Culturele sensitiviteit in de zorg». Doel van dit traject is om verdere (multi)culturele bewustwording in de zorg te stimuleren. In dit kader is een publicatie verschenen en is een conferentie gehouden. Het voorjaar 2016 staat een vervolgconferentie gepland. Ook in de toekomst zal de Staatssecretaris, waar dit nodig of gewenst blijkt, aandacht creëren voor culturele en levensbeschouwelijke diversiteit binnen de zorg, net zoals de collega's van OCW en BZK dit zullen doen bij opleidingsinstituten of bij lokale overheden. Met voorgenoemde acties is deze motie uitgevoerd.

Met betrekking tot de gewijzigde motie Krol/Keijzer over een **uitgebreide visie op ouderenzorg in Nederland** (Kamerstuk 29 389, nr. 53), heeft de Staatssecretaris in de begroting VWS 2016 (Kamerstuk 34 300 XVI) meegedeeld dat u eind van dit jaar zou worden geïnformeerd of een dergelijke visie meerwaarde kan hebben ten opzichte van de aandacht die de ouderenzorg ook al krijgt in de implementatie van de hervorming van de langdurige zorg, het programma «Waardigheid en Trots», de aangekondigde Vernieuwingsagenda Wlz en in de verbinding daarvan met wonen. Aangezien deze verkenning meer tijd vergt, zal u hierover in de zomer van 2016 worden geïnformeerd.

De motie van leden Bergkamp en Van Dijk (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 66), ingediend tijdens de begrotingsbehandeling van 5 november jl. betreft het faciliteren, in de Wlz, van **tijdige en uitgebreide voorlichting voor ouders van een kind met meervoudige of zeer ernstige verstandelijke beperkingen**. In zijn reactie op deze motie heeft de Staatssecretaris toegezegd die onduidelijkheid na te willen gaan, om vervolgens te bekijken wat daaraan gedaan kan worden. De Staatssecretaris zal nader ingaan op deze motie in zijn brief inzake de Visie op cliëntondersteuning-in-brede-zin die in het voorjaar van 2016 naar de Tweede Kamer wordt gestuurd.

Zoals ik tijdens de begrotingsbehandeling op 5 november jl. heb toegezegd naar aanleiding van de aangehouden motie Dijkstra, zal ik uw Kamer een brief sturen waarin de regels voor de **materiële controle en de daarin opgenomen garanties voor het bewaken van de privacy van de patiënt**, nog eens op een rijtje worden gezet. Deze brief zal ik uitbreiden met in elk geval een aantal toezeggingen dat ik heb gedaan tijdens het Algemeen Overleg Beroepsgeheim van 19 november jl. Dit betreft allereerst mijn bevindingen ten aanzien van het (vooraf of achteraf)

informeren van de patiënt indien inzage in zijn medisch dossier aan de orde is in het kader van de materiële controle, hierbij meegenomen de impact die dat zou hebben op de patiënt. Daarnaast zal in deze brief worden ingegaan op de toezegging dat ik bij de NZa en ZN ga navragen hoe vaak inzage door zorgverzekeraars in medische dossiers voorkomt, wat dit financieel oplevert en wat hier het effect van is. Deze brief kunt u in het voorjaar verwachten.

De Staatssecretaris heeft bij de behandeling van de Wet langdurige zorg toegezegd de zorgkantoren te laten inventariseren of er **voldoende zorginkoop in natura plaatsvindt bij kleinschalige wooninitiatieven**. De Wlz-uitvoerders kopen in op leveringsvorm. De leveringsvormen modulair pakket thuis (mpt) en volledig pakket thuis (vpt) bieden daarbij steeds meer ruimte kleinschaligheid vorm te geven zowel in zelfstandige wooneenheden als in groter verband. Voor de sector Verpleging en Verzorging geldt dat initiatiefnemers voor kleinschalig wonen bijvoorbeeld vaak aansluiting zoeken bij de grote zorgaanbieders als onderaannemers. De kleinschalige huizen werken vaak met het persoonsgebonden budget, of als onderaannemer bij een grotere zorgaanbieder. Hierdoor is niet altijd duidelijk wanneer sprake is van een kleinschalig wooninitiatief en exacte cijfers zijn om deze reden niet te geven. De Wlz-uitvoerders zien de behoefte aan kleinschalig wooninitiatieven maar zij signaleren ook spanning tussen de wensen voor kleinschaligheid aan de ene kant en de tarieven en kwaliteiteisen aan de andere kant. Conform de toezegging zal de Staatssecretaris hierom nader overleggen met de Wlz-uitvoerders.

In de begroting 2015 van het Ministerie van VWS heb ik toegezegd het **artikel 2.3 «Bevordering van de werking van het stelsel«** door te lichten en de Kamer deze beleidsdoorlichting uiterlijk eind 2015 te doen toekomen. Het plan van aanpak is reeds met uw Kamer gedeeld (Kamerstuk, 32 772, nr. 4). Het onderzoek voor deze beleidsdoorlichting tracht inzicht te bieden in de doeltreffendheid en doelmatigheid van de instrumenten die onder begrotingsartikel 2.3 vallen. Deze instrumenten worden in de beleidsdoorlichting geëvalueerd in relatie tot de bijdrage die ze leveren aan het ondersteunen van de werking van het stelsel. De doorlichting neemt meer tijd in beslag dan ik eerder heb aangenomen. Ik verwacht in het voorjaar 2016 de uitkomsten van de beleidsdoorlichting aan uw Kamer te kunnen aanbieden.

Zoals reeds aangekondigd in de tweede nota van wijziging op de Wet langdurige zorg zal de **bijdragesystematiek voor het modulair pakket thuis in 2016** worden gewijzigd (Kamerstuk 33 891, nr. 17). Voor het modulair pakket thuis wordt dan niet langer de maximale periodebijdrage opgelegd, maar zal de eigen bijdrage worden geheven zoals voor de andere leveringsvormen in de Wlz geldt (de «intramurale» bijdrage). Net als bij het pgb wordt de bijdrage verminderd met een bedrag van € 136,– per maand. Voor het modulair pakket thuis zal daarmee eenzelfde systematiek als voor het pgb gaan gelden. De aparte bijdragesystematiek voor het modulair pakket thuis wordt dus afgeschaft. De algemene maatregel van bestuur waarmee dit wordt geregeld zal op korte termijn in het Staatsblad worden gepubliceerd.
Door de wijziging van de systematiek zal de eigen bijdrage op een andere wijze worden berekend. Om te voorkomen dat dit tot (forse) negatieve inkomenseffecten leidt voor mensen met een modulair pakket thuis, is besloten het bijdrageplichtig inkomen te verminderen met € 6.000 voor de cliënten met een modulair pakket thuis en pgb. Om de bijdragesystematieken zoveel mogelijk te uniformeren wordt deze wijziging ook voor de systematiek van de pgb doorgevoerd. Het CAK licht verzekerden met een

mpt momenteel al in over de wijzigingen in de eigen bijdragen per 2016 door middel van een brief en via informatie op de website van het CAK.

Naar aanleiding van mijn toezegging om uw Kamer het **rapport over de zorginstelling de Hoge Aard** toe te sturen, zodra het beschikbaar is, kan ik u het volgende melden. Het onderzoek door de Inspectie Jeugdzorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar de zorginstelling de Hoge Aard is afgerond. Echter, er is bezwaar gemaakt. In verband met deze juridische procedure kan ik u pas in een later stadium informeren over dit onderzoek.

De motie Bergkamp en Koşer Kaya (D66) verzoekt de regering integraal, met diverse departementen en de VNG, met een **verbeterplan te komen voor jongeren die geen opleiding volgen en geen inkomen en/of vast woonadres hebben** (Kamerstuk 31 839, nr. 492). Tijdens het Voortgezet Algemeen Overleg Decentralisatie Jeugdhulp op 13 oktober jl. (Handelingen II 2015/16, nr.13, items 29) heeft mevrouw Bergkamp gevraagd naar de voortgang van de realisatie van deze motie. Op dit moment zijn er gesprekken gaande met verschillende partijen en wordt er afstemming gezocht. Over het verbeterplan en de voortgang hiervan zal de Staatssecretaris in het voorjaar van 2016 uw Kamer informeren.

Tijdens het Wetgevingsoverleg op 16 november jl. (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 149) heeft de Staatssecretaris uw Kamer toegezegd **het rapport «Meer zicht op geadopteerden»** te sturen. Ik bied u dit rapport mede namens de Minister van Veiligheid en Justitie (VenJ) aan[2]. Aanleiding voor dit rapport vormde het onderzoek van de Inspectie Jeugdzorg (IJZ) in 2013 naar het handelen van de bij de adoptieprocedure van een tweejarig meisje uit China betrokken organisaties. De IJZ constateerde dat het zicht op het adoptiekind na plaatsing in het gezin onvoldoende is gewaarborgd, waardoor een mogelijke stagnerende ontwikkeling of toenemende problemen niet tijdig worden onderkend. De IJZ beval aan om een medisch en/of psychosociaal onderzoek voorafgaand aan en na de plaatsing van het adoptiekind standaard op te nemen in de adoptieprocedure.

Met dit rapport is een afsprakenkader tot stand gekomen dat naar het oordeel van de IJZ tegemoet komt aan de door de IJZ gedane aanbevelingen. Het afsprakenkader vormt een zogeheten veldnorm. Bij toekomstige inspecties zal de IJZ de in het afsprakenkader geformuleerde werkwijze betrekken bij haar toezicht.

Het afsprakenkader voorziet in het versterken van de onderlinge samenwerking in de adoptieketen en bevordert het evenwicht tussen de fase voorafgaand aan de adoptie en de fase na plaatsing van het kind waardoor het zicht op geadopteerden en adoptiegezinnen wordt gewaarborgd. Het rapport bevat een aantal actiepunten die ertoe moeten leiden dat de nieuwe werkwijze volledig wordt geïmplementeerd. De benoemde actiepunten in het rapport worden intussen onder regie van het Ministerie van VenJ, het Ministerie van VWS en de VNG geïmplementeerd.

De Stichting Adoptievoorzieningen biedt per 1 januari jl. een intensiever preventief nazorgaanbod aan waarbij ouders proactief worden benaderd. Deze intensivering is mede mogelijk gemaakt door een projectsubsidie van het Ministerie van VWS. Het effect van het actiever benaderen van adoptiegezinnen werpt zijn vruchten af. Stichting Adoptievoorzieningen bereikt via telefonisch advies, e-hulp en de opvoedcursus Goede Start

---

[2] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

90% van de adoptiegezinnen. Hiervan heeft 40% gebruik gemaakt van hulpaanbod waarin ouders én kinderen daadwerkelijk zijn gezien.

De IJZ dringt erop aan om alle kinddossiers te laten duiden door een kinderarts, om zo een kwalitatief goede, uniforme en objectieve duiding te garanderen. Aan deze aanbeveling wordt inmiddels invulling gegeven door een pilot die inzicht moet geven in de wijze waarop een uniforme en objectieve werkwijze bij de duiding kan worden bereikt.

De aandacht ligt nu vooral op het breed onder de aandacht brengen van de nieuwe werkwijze bij professionals binnen de reguliere (gezondheids)zorg en onderwijs. Hiervoor is de handreiking «Alert op adoptie(kinderen); adoptiehandreiking voor leerkrachten, jeugdartsen, jeugdhulpverleners en andere professionals» ontwikkeld die uw Kamer per brief van 22 december 2014 (Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 97) is aangeboden. In uw brief van 18 december 2014 heeft u aan de Staatssecretarissen van VenJ en VWS verzocht om een reactie op de brief d.d. 10 december 2014 die de vaste commissie voor VenJ heeft ontvangen van de Universiteit Leiden – Adoptie Driehoek Onderzoekscentrum (ADOC). In reactie hierop kan ik u aangeven dat de handreiking periodiek zal worden geactualiseerd. Hierbij zal ook gebruik worden gemaakt van de suggesties van het Adoptie Driehoek Onderzoekscentrum. Hierbij voldoet de Staatssecretaris aan de toezegging.

Op 24 november jl. is het **Jaarrapport 2015 van de landelijke jeugdmonitor** gepubliceerd op de CBS-site[3]. Hierbij stuur ik u het rapport[4]. Dit rapport geeft een compleet beeld van de situatie van de Nederlandse jeugd, met statistische gegevens over leefstijl, gebruik van jeugdhulp, school, enzovoorts. In dit jaarrapport zijn ook artikelen van experts gepubliceerd over de mate waarin gemeenten de benchmarkinformatie al gebruiken, over de voorspellende waarden van populatiekenmerken voor het jeugdhulpgebruik, een effectieve afstemming van vraag naar en aanbod van jeugdhulp en over de discrepantie tussen raming en daadwerkelijk zorggebruik.

Ik heb u eerder, bij het Algemeen Overleg formele Raad Werkgelegenheid en Sociaal Beleid, toegezegd bij het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) gegevens op te vragen over hoe de verschillende landen **omgaan met de uitbraak van bepaalde ziekten die door vaccinatie voorkomen kunnen worden**. Het ECDC heeft al die informatie zeer inzichtelijk op zijn website staan[5].

Op 2 december jl. heeft de Gezondheidsraad het advies **«Vaccinatie tegen kinkhoest: doel en strategie»** gepubliceerd. Hierbij stuur ik u ter informatie de link naar het advies van de Gezondheidsraad[6].

Op mijn verzoek hebben de Gezondheidsraad (GR) en Zorginstituut Nederland (ZIN) de beoordeling van dit vaccin behandeld in de geest van de op te richten «Beoordelingskamer Vaccins», waarover ik uw Kamer op 3 juli 2014 heb geïnformeerd (Kamerstuk 32 793, nr. 151). Ik ben blij met dit eerste resultaat van deze samenwerking. U treft daarom bij deze brief ook een verbindende notitie aan van de GR en ZIN en het advies van ZIN **«Aanvullende kinkhoestvaccinatie: perspectief van de zorgverze-**

---

[3] http://jeugdmonitor.cbs.nl/nl-nl/indicatoren/publicaties/2015/jaarrapport-2015-banners/
[4] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl
[5] http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx
[6] http://www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkterrein/preventie/vaccinatie-tegen-kinkhoest-doel-en- strategie

kering» [7]. Ik beraad mij over dit advies en zal informatie inwinnen over mogelijkheden en kosten ten aanzien van de implementatie. Begin volgend jaar zal ik de Kamer mijn beleidsreactie doen toekomen.

Het RIVM heeft 19 november jl. de **jaarlijkse monitor vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie gepubliceerd**. Hierbij stuur ik u ter informatie de link naar het rapport op de website van het RIVM[8].

Griep kan voor mensen met specifieke medische aandoeningen en voor mensen van 60 jaar en ouder ernstige gevolgen hebben. Zij krijgen jaarlijks een griepprik aangeboden. Steeds minder mensen die tot de doelgroep worden gerekend maken gebruik van het aanbod van de gratis griepprik. De vaccinatiegraad in de totale doelgroep daalde van 59,6 procent in 2013 naar 52,8 procent in 2014. De daling in 2014 is sterker dan in voorgaande jaren. Dit wordt deels veroorzaakt door een veranderde methode voor het berekenen van de vaccinatiegraad. Voor het andere deel gaat het om een daadwerkelijke daling die in lijn is met de dalende trend. De oorzaak van de daling in deelname is niet onderzocht. Zoals recent gemeld (Kamerstuk 34 300, nr. 12) is er de afgelopen jaren regelmatig discussie geweest over de effectiviteit van de griepprik. We weten uit onderzoek dat deelname wordt beïnvloed door de beleving van mensen dat griep geen groot risico is en door twijfel over het nut van de griepprik. Overigens is de griepvaccinatiegraad van risicogroepen in Nederland één van de hoogste wereldwijd. De griepvaccinatie is gericht op de individuele bescherming en iedereen die door een huisarts wordt uitgenodigd kan zelf de afweging maken of men gebruik van het aanbod maakt of niet.

Het RIVM heeft op 19 november jl. de **jaarlijkse Staat van de Infectieziekten gepubliceerd**. Hierbij stuur ik u de link naar het rapport op de website van het RIVM[9]. De jaarlijkse Staat van Infectieziekten geeft een overzicht van de belangrijkste gebeurtenissen op het gebied van infectieziekten in Nederland. 2014 stond vooral in het teken van de wereldwijde ebola-epidemie. In Nederland is veel aandacht besteed aan de voorbereiding om patiënten te kunnen verzorgen en verspreiding van het virus te voorkomen. Ook was er aandacht voor het MERS-coronavirus, in 2014 zijn de tot nu toe de enige 2 MERS-patiënten in Nederland gemeld. Naast een overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen wordt in het rapport ieder jaar een thema uitgediept. Dit jaar is de economische kant van infectieziekten belicht, waaronder de kosten voor de behandeling, preventie en bestrijding en mogelijkheden om kosten en opbrengsten met elkaar te vergelijken.

Ook stuur ik u hierbij de link naar het rapport van het RIVM over het **rijksvaccinatieprogramma (RVP) in 2014–2015** [10]. Dit rapport verschijnt jaarlijks en is onlangs in november 2015 gepubliceerd. Het rapport bevat een rapportage over de ontwikkelingen van het RVP in 2014–2015. Zo geeft het een overzicht van de wijzigingen in het vaccinatieschema en de ontwikkelingen voor de RVP-ziekten. Ook de ontwikkelingen van niet-RVP ziekten worden vermeld. Het gaat hier bijvoorbeeld om rotavirus, meningokokken serogroep B, waterpokken, gordelroos en hepatitis A. De cijfers uit het rapport vormen op dit moment geen aanleiding voor wijziging van het beleid.

---

[7] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

[8] http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:294183&type=org&disposition=inline

[9] http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2015/november/State_of_Infectious_Diseases_in_the_Netherlands_2014

[10] http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2015/november/The_National_Immunisation_Programme_in_the_Netherlands_Surveillance_and_developments_in_2014_2

Bij het debat in oktober 2012 over het voornemen van het kabinet om **qat op lijst II van de Opiumwet** te plaatsen is de motie Bergkamp (Kamerstuk 33 255, nr. 3) aangenomen, waarin het kabinet werd verzocht het verbod na twee jaar te evalueren. De evaluatie bevindt zich op dit moment in de finale fase. Uw Kamer wordt hierover begin 2016 geïnformeerd.

Vorig jaar heeft er een **hoorzitting over het THC gehalte in cannabis** plaatsgevonden. Daaruit werd het beeld van de Staatssecretaris en dat van de Minister van Veiligheid en Justitie bevestigd dat er nog een aantal complexe vraagstukken vastzit aan de voorbereiding van de (uitvoering van de) maatregel om sterke cannabis naar lijst 1 van de Opiumwet te verplaatsen. Zo vinden zij het van belang meer inzicht te hebben in de relatie tussen CBD en THC als het gaat om gezondheidseffecten van het gebruik van cannabis. Daarom is het Trimbos Instituut gevraagd de laatste inzichten hierover in beeld te brengen en daarbij aan te geven waar nog aanvullend onderzoek nodig is. De Staatssecretaris verwacht hun rapport in het voorjaar te ontvangen. Naast dit onderzoek is het relevant te bezien hoe het meerjaren beeld van het THC gehalte in cannabis zich ontwikkelt. Sinds een aantal jaren wordt onderzoek gedaan naar het THC-gehalte in hasj en wiet via de THC-monitor van het Trimbos-instituut. Het afgelopen jaar was het gemiddelde THC-gehalte in de meest populaire (=meest verkochte) nederwiet 15,3%. Dit percentage verschilde niet significant van dat van 2014 (toen 14,6%). De resultaten van het volgende onderzoek worden halverwege 2016 verwacht.

Naar aanleiding van het Schriftelijk Overleg van de informele Landbouw- en Visserijraad van 31 mei tot 2 juni jl. (Kamerstuk 21 501-32, nr. 843) heeft de Staatssecretaris van Economische Zaken mij gevraagd u nader te informeren over **herkomstetikettering**. In mei van dit jaar heeft de Europese Commissie haalbaarheidsstudies over de mogelijkheid van verplichte herkomstetikettering van diverse productcategorieën gepubliceerd[11]. Op basis van het rapport van de Commissie concludeer ik, dat verplichte herkomstetikettering voor een aantal categorieën vlees, waaronder paardenvlees, wild en konijnenvlees, haalbaar is in aanvulling op de al bestaande verplichte herkomstetikettering voor de andere vleessoorten (rund, varken, schaap, geit en pluimvee). Het kabinet vindt het belangrijk dat over de herkomst van vlees meer transparantie wordt geboden en dat zal dan ook de inzet in Europa zijn. De consument heeft het recht om te weten waar het vlees vandaan komt. Voor de overige categorieën steunt het kabinet de conclusies van de Commissie, namelijk dat voor deze productcategorieën op vrijwillige basis gehandhaafd moet blijven.

Tijdens het Wetgevingsoverleg Sport van 23 november jl. heb ik toegezegd u te informeren over de stand van zaken met betrekking tot de **samenwerking van het OM en Politie met de Sportsector inzake seksuele intimidatie**. Hierbij voldoe ik aan deze toezegging. In januari van dit jaar is er een expertmeeting gehouden over verbetering van de samenwerking tussen de sportsector, politie en openbaar ministerie. Na deze bijeenkomst is een stuurgroep ingericht die met de inzichten van de expertmeeting aan de slag is gegaan. Momenteel werken de betrokkenen aan het realiseren van een protocol voor het verbeteren van de samenwerking in de keten van melding tot strafrecht en tuchtzaak door politie, justitie en sport. Tevens is hiertoe onlangs een onderzoek in gang gezet.

Mijn **visie ten aanzien van het geneesmiddelenbeleid zal ik u in het eerste kwartaal van 2016** toesturen. Ik heb u in juli jl. laten weten

[11] www.ec.europa.eu

dat ik in mijn visie naast de adviezen van de NZa en het KWF, ook het recente ACM-paper «Farmacie onder de loep», scheiding intra- en extramurale geneesmiddelenvoorziening en de structurele toepassing van de sluis intramurale geneesmiddelen betrek. Inclusief de criteria die voor deze sluis worden gehanteerd. Verder ga ik in de visie nader in op het onlangs uitgebrachte ACTAL rapport inzake regeldruk in het besluitvormingsproces tot vergoeding van geneesmiddelen, dat ACTAL aan uw kamer heeft verzonden en het ZINL-rapport ten aanzien van het pakketbeheer van weesgeneesmiddelen. Dat sinds 20 november jl. op hun website te vinden is en ik als bijlage mee stuur bij deze brief[12].

Met de visiebrief zal ik ook de motie van lid Leijten (SP) (Kamerstuk 29 477, nr. 301), de motie van lid Van Dijk (PvdA) (Kamerstuk 29 477, nr. 339) en de motie van leden Van Dijk (PvdA) en Bruins Slot (CDA) (Kamerstuk 29 477, nr. 337) afdoen.

In mijn brief van 29 juni jl. betreffende diverse onderwerpen in verband met Algemeen Overleg geneesmiddelen van 2 juli jl. (Kamerstuk 29 477 nr. 331) heb ik aangegeven dat door partijen voortvarend gewerkt is aan de uitwerking van een **plan van aanpak om de meldingen rond vervalste geneesmiddelen** beter te stroomlijnen en ik de Kamer in het najaar zou informeren, zodra het plan van aanpak gereed is. Ik stuur u dit plan van aanpak graag begin 2016, zodat deze onderdeel kan vormen van een bredere stand van zaken brief betreffende de beleidsagenda vervalsingen die ik momenteel in voorbereiding heb. Deze stand van zaken brief zal, naast het plan van aanpak meldingen, onder andere informatie bevatten over de veiligheidskenmerken naar aanleiding van de motie van de leden Kuzu en Bruins Slot (Kamerstuk 33 599, nr. 10). De adoptie van de gedelegeerde handelingen over veiligheidskenmerken voor receptgeneesmiddelen wordt in 2016 verwacht. Met de stand van zaken brief zal ik u ook een rapport sturen betreffende onderzoek naar de online aanschaf van geneesmiddelen (vervolg op het onderzoek uit 2012 «Risicogedrag bij het online bestellen van geneesmiddelen») dat als onderdeel van de publiekscampagne rond vervalsingen is uitgevoerd. De publiekscampagne zal plaatsvinden na de massamediale uitingen van de publiekscampagne antibioticaresistentie.

Tijdens het Algemeen Overleg kwaliteitszorg van 24 juni jl. is mij gevraagd om in de reactie op het rapport van de IGZ inzake medische technologie in ziekenhuizen ook in te gaan op **medische apparatuur in de thuissituatie**. Na het Algemeen Overleg heeft de IGZ mij geïnformeerd dat zij op 15 juni jl. een brief heeft gestuurd aan de ziekenhuizen met haar resultaten. Deze brief is als bijlage toegevoegd[13]. In de brief staat dat de IGZ constateert dat binnen de ziekenhuizen de volledige implementatie van het convenant nog meer aandacht behoeft, terwijl inmiddels al wel van een zeer reële implementatietermijn kan worden gesproken. De IGZ verwacht daarom van alle ziekenhuizen dat zij uiterlijk per 1 januari 2016 volledig en aantoonbaar voldoen aan het convenant. Ik wacht de resultaten hiervan af en zal dan bekijken hoe de borging van de veilige toepassing van medische technologie uitgebreid kan worden naar de overige sectoren, waaronder de thuiszorg.

Het Erasmus MC en Maastricht UMC hebben een **lokale handreiking «orgaandonatie na euthanasie»** gemaakt. Ik heb u, naar aanleiding van mondelinge vraag van het Kamerlid Tellegen in november 2014, toegezegd te informeren als er een handreiking beschikbaar zou zijn (Handelingen II 2014/15, nr. 28, item 5). De ziekenhuizen hebben de

---

[12] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl
[13] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

handreiking inmiddels afgerond. Daarin staat stap voor stap beschreven hoe de procedure eruit ziet en welke zorgvuldigheidseisen er gelden. (Huis)artsen die tijdens een euthanasieprocedure te maken krijgen met een donatieverzoek kunnen gebruikmaken van de handreiking die zij via de transplantatiecoördinator van het universitaire ziekenhuis in de eigen regio kunnen opvragen.

Het Erasmus MC en Maastricht UMC hebben er voor gekozen de handreiking alleen aan direct betrokken professionals beschikbaar te stellen, omdat het nog om een lokale handreiking gaat. De handreiking is door alle (huis)artsen die te maken krijgen met een dergelijk verzoek wel op te vragen. De belangrijkste beroepsverenigingen hebben het belang onderkend van een goede handreiking en hebben aangegeven met elkaar te willen werken aan landelijke versie van de handreiking. De Nederlandse Transplantatie Stichting ondersteunt dit proces. Ik vind het proces om tot een landelijke handreiking te komen erg lang duren. Ik zal daarom alle betrokken partijen uitnodigen voor overleg om zo spoedig tot een breed gedragen tekst te komen.

In maart vorig jaar heb ik u het rapport van de Gezondheidsraad «**naar een duurzame weefselketen**» gestuurd met de toezegging u daar zo spoedig mogelijk mijn standpunt over toe te zenden (Kamerstuk 28 140, nr.84). Ik heb daarbij aangegeven dat dit vanwege het uitgebreide advies en de complexiteit van het onderwerp waarschijnlijk meer tijd zou kosten dan gebruikelijk. Dit is ook gebleken. Het was noodzakelijk om de conclusies van de Gezondheidsraad zorgvuldig te bestuderen. In de postmortale weefselketen wordt immers gewerkt met menselijk weefsel. Daarnaast was sprake van complexe verhoudingen tussen partijen in de keten. Ik zal in het voorjaar van 2016 uw Kamer mijn standpunt toesturen.

Ik heb besloten om de **behandeling occipitale zenuwstimulatie voor de behandeling van medicamenteus onbehandelbare clusterhoofdpijn voorwaardelijk toe te laten** tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet, met ingang van 1 januari 2016 en voor de duur van maximaal 4 jaar. Occipitale zenuwstimulatie bij medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn betreft een al lopend onderzoek.

Voor deze voorwaardelijke toelating, heb ik een bedrag van maximaal € 6,0 miljoen voor de totale periode van 4 jaar gereserveerd voor de financiering van deze behandeling. Mocht gedurende de voorwaardelijke toelatingsperiode blijken dat het gereserveerde budget wordt overschreden of dreigt te worden overschreden, dan kan ik alsnog besluiten de voorwaardelijke toelating te beëindigen voor de afloop van de periode van 4 jaar.

Ik heb besloten om de behandeling met het **extramurale geneesmiddel Fampyra** bij volwassen patiënten met MS met een beperkt loopvermogen (Expanded Disability Status Scale 4 tot en met 7) voorwaardelijk toe te laten tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet, met ingang van 1 april 2016 en voor de duur van 2 jaar. Voor deze voorwaardelijke toelating, heb ik een bedrag van maximaal € 4,6 miljoen voor de totale periode van 2 jaar gereserveerd voor de financiering van Fampyra. Mocht gedurende de voorwaardelijke toelatingsperiode blijken dat het gereserveerde budget wordt overschreden of dreigt te worden overschreden, dan kan ik alsnog besluiten de voorwaardelijke toelating te beëindigen voor de afloop van de periode van 2 jaar.

Bij de begrotingsbehandeling van VWS op 3 en 4 november jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over **het oprichten van een praktijkteam**. Er is recent veel veranderd. Daardoor komt het voor dat professionals elkaar

onvoldoende weten te vinden waardoor de doorstroom in de keten stokt. Dit is in het bijzonder zichtbaar in het transfermoment van ziekenhuis naar de thuissituatie. En omgekeerd van de thuissituatie naar opgeschaalde zorg als er tijdelijk iets meer nodig is dan thuis geleverd kan worden. Primair gaat het om de functie van het eerstelijns verblijf en de zaken die daaromheen spelen.

Ik heb daarom een praktijkteam samengesteld, bestaande uit VWS beleidsmedewerkers met kennis van wet en regelgeving, transitievraagstukken en van de desbetreffende sector. Het praktijkteam brengt de juiste mensen bij elkaar, legt verbindingen, informeert zorgprofessionals, legt wet- en regelgeving uit en verspreidt goede voorbeelden. Ook de NZa, ACM en ZiNL zullen worden ingeschakeld als dat nodig is. Het praktijkteam wordt zonodig ondersteund door experts uit de praktijk die als «oliemannetje» kunnen fungeren. Deze experts zullen ingeschakeld worden naar gelang de behoefte en het soort expertise dat nodig is.

Het praktijkteam is gestart. Het heeft knelpunten geïnventariseerd en haalt momenteel goede voorbeelden op in bijvoorbeeld de regio Breda en Den Haag. In januari wordt de inventarisatie die nu gaande is omgezet naar handelingsperspectief voor zorgprofessionals. Vanaf februari kan er door zorgprofessionals direct contact worden gezocht met het praktijkteam. Het telefoonnummer en e-mailadres zullen voor 1 februari bekend worden gemaakt.

In mijn reactie op twee rapporten van het Zorginstituut Nederland, waaronder over DSM-5 (Kamerstuk 24 077, nr. 344), en bij de aanbieding van de Impactanalyse van de NZa over de DSM-5 (Kamerstuk 25 424, nr. 268) heb ik u toegezegd u eind dit jaar nader te informeren over de **eventuele toepassing van DSM-5 voor het verzekerd pakket en de bekostiging ggz**. Daartoe heb ik het Zorginstituut gevraagd om een nader advies. Het Zorginstituut heeft mij laten weten dat zij dit advies begin 2016 aan mij aanbieden. Samen met het eerdere advies van het Zorginstituut en het advies van de NZa, zal ik uw Kamer komend voorjaar mijn reactie hierop geven.

In mijn brief over de stand van zaken «**integrale bekostiging»** van 30 juni jl. (Kamerstuk 29 248, nr. 285), heb ik laten weten u eind 2015, na de oplevering van de quickscan «integrale bekostiging en governance» van TIAS Business school en de tweede monitor «integrale bekostiging» van de NZa, te zullen informeren over de stand van zaken integrale bekostiging. Zowel TIAS business school als de NZa hebben aangegeven de documenten later op te leveren dan verwacht. De quickscan «samenwerkingsmodel en governance» wordt binnenkort opgeleverd door de TIAS Business school. Ik zal u deze na ontvangst toesturen. De oplevering van de monitor «integrale bekostiging» van de NZa wordt voorjaar 2016 verwacht. Omdat ik de uitkomsten van beide rapporten mee wil nemen in de stand van zakenbrief over integrale bekostiging, stuur ik uw Kamer deze brief na oplevering van de monitor van de NZa.

Op 13 oktober 2015 heb ik u per brief geïnformeerd over mijn besluit om in 2016 nogmaals een subsidieregeling in te stellen om medisch specialisten te faciliteren die alsnog de keuze zouden willen maken voor het loondienstmodel (Kamerstuk 29 248, nr. 288). Ik kan u melden dat de subsidieregeling inmiddels in de Staatscourant is geplaatst.

Bij de aanbieding van de **monitor generalistische Basis-GGZ** (Kamerstuk 25 424, nr. 280) in juni 2015 heb ik u aangekondigd dat ik in december 2015 een volgende versie van de monitor verwachtte, en dat ik u eind 2015 hierover zou informeren. KPMG Plexus heeft inmiddels de

definitieve versie van de rapportage opgeleverd, die als bijlage bij deze brief is gevoegd[14]. Deze rapportage geeft een kwantitatief en kwalitatief beeld van de ontwikkelingen in de curatieve GGZ na invoering in 2014 van de generalistische Basis GGZ. De rapportage toont resultaten uit drie deelnemende regio's in de eerste en tweede helft van 2014, en de eerste helft van 2015, in vergelijking met de jaren ervoor. Het onderzoeksbureau benadrukt dat op basis van deze monitor nog geen algemene conclusies getrokken kunnen worden over de effecten van het ingezette beleid. De bevindingen hebben alleen betrekking op de deelnemende aanbieders in de geselecteerde regio's, en bovendien zijn van deze regio's ook nog niet alle declaratiegegevens beschikbaar. De resultaten van de monitor zijn besproken met betrokken partijen uit de sector. Over het geheel herkennen partijen zich in het geschetste beeld. Partijen hebben aangegeven de bevindingen verder met elkaar te willen verkennen om onderliggende oorzaken naar boven te halen, hiermee zal begin 2016 gestart worden. Het onderzoeksbureau heeft aangegeven rond juni 2016 de volgende rapportage op te leveren, waarin de data landelijk zullen zijn gevalideerd. Deze rapportage zal een completer beeld geven, op basis waarvan meer algemene conclusies getrokken kunnen worden. Ik zal uw Kamer deze rapportage na ontvangst doen toekomen.

In het Algemeen Overleg van 15 oktober jl. (Kamerstuk 34 104, nr. 89) heeft de Staatssecretaris de toezegging gedaan om de Kamer voor het einde van het jaar te informeren over de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling van de **nieuwe bekostiging wijkverpleging**. Naar verwachting volgt het advies over deze bekostiging in januari. Zodra het advies er is zal dit aan de Kamer worden toegestuurd. Verder zal de Staatssecretaris zoals is afgesproken met uw Kamer, periodiek op basis van informatie van het ZiNL, uw Kamer informeren over de uitgaven binnen de wijkverpleging. Overigens heeft VWS cijfers opgevraagd bij Vektis over de nieuwe instroom van cliënten binnen de wijkverpleging. Dit zijn cijfers over cliënten die in de eerste 9 maanden van 2015 verpleging en of verzorging hebben ontvangen op basis van de aanspraak wijkverpleging en dit in 2014 niet hebben ontvangen. Dit betreffen 170.349 cliënten. Uiteraard zeggen de instroomcijfers niet alles over de uitputting van het budget. De cijfers van het ZiNL over het derde kwartaal ontvangt uw Kamer binnenkort. De definitieve cijfers over de uitgaven binnen de wijkverpleging in 2015 op basis van de ZiNL cijfers, ontvangt uw Kamer in het voorjaar van 2016.

In het Algemeen Overleg wijkverpleging van 1 juli jl. (Kamerstuk 29 689, nr. 643) heeft de Staatssecretaris toegezegd dat uw Kamer in het najaar een overzicht ontvangt van de **experimenten in 2016** binnen de bekostiging van de wijkverpleging. Op dit moment wordt de inkoop van de wijkverpleging door verzekeraars afgerond. De NZa gaat begin 2016 inventariseren wat voor afspraken verzekeraars en aanbieders hebben gemaakt omtrent de experimenten. De Staatssecretaris zal uw Kamer hier in het voorjaar van 2016 over informeren.

De tijdelijke wet ambulancezorg zal op termijn moeten worden vervangen en ik beraad mij daarom op dit moment over de **toekomstige inrichting van de ambulancezorg**. In het kader hiervan heb ik SiRM gevraagd een vergelijking te maken tussen twee opties, deze treft u hierbij aan[15].

Tijdens het Algemeen Overleg IGZ 18 september 2014 (Kamerstuk 33 149, nr. 31) heb ik met uw Kamer gesproken over de zogenaamde **zwarte doos op de operatiekamer**. Het is aan de ziekenhuizen zelf om hier in te

---

[14] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl
[15] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

voorzien. In het afgelopen jaar is duidelijk geworden dat «de zwarte doos» een verzamelnaam is voor diverse ontwikkelingen in de sector die allemaal eenzelfde doel beogen. Dat doel is meer transparantie in de OK door de inzet van technologie en ICT met als eindresultaat de verbetering van patiëntveiligheid en efficiëntie.

Ik constateer dat de lijst ziekenhuizen in ons land die pilotstudy's, projecten en initiatieven uitvoeren gericht op de operatiekamer steeds langer wordt. Hierbij is vaak sprake van een nauwe samenwerking tussen ziekenhuizen, universiteiten en het bedrijfsleven. Het kan bijvoorbeeld gaan om een geavanceerd en automatisch patiënten volgsysteem, om een checklist of alle noodzakelijke medische apparatuur wel aanwezig is en de registratie van die apparatuur, om de inzet van een Medical Data System dat alle gesprekken en beelden vastlegt en slim verwerkt of om een navigatiesysteem voor de operatiekamer. Dit zijn slechts enkele voorbeelden die mij bekend zijn. Het is duidelijk dat deze trend die in 2010 gestart is, zich doorzet en dat de aanvankelijke koudwatervrees die bij professionals bestond lijkt af te nemen.

Ik vind deze ontwikkeling, die aansluit bij mijn innovatiebeleid uitermate positief. Aanbieders en professionals zijn zelf verantwoordelijk voor veilige zorg en daarbij past ook dat zij innovatie toepassen. Iedereen is het erover eens dat je geen goede zorg kunt leveren en verbeteren als er geen feedback is om te kunnen leren van fouten en foutjes. Deze moeten worden opgespoord, geanalyseerd en vervolgens moeten maatregelen worden genomen voor verbeteringen. Het is duidelijk dat technologie daarbij kan helpen mits aan voorwaarden wordt voldaan. Voorwaarden kunnen zijn dat als de gegevens uitsluitend bedoeld zijn als training- en leerinstrument, deze niet met derden gedeeld worden. Verder is de privacy van zowel de patiënt als de professional een belangrijk aandachtspunt. Ik heb er vertrouwen in dat partijen hierover goede afspraken maken. De IGZ heeft aan ziekenhuizen die een pilot zijn gestart te kennen gegeven, terughoudend te zullen omgaan met haar bevoegdheden om informatie uit dergelijke systemen op te vragen. Alles overziende zie ik op dit moment geen sturende taak voor de overheid.

Tijdens de behandeling van de VWS-begroting op 4 en 5 november jl. heb ik toegezegd bij de Stuurgroep Ondervoeding na te gaan of het **financieringsvraagstuk** meegenomen kan worden in de inventarisatie van verschillende voedingsconcepten in ziekenhuizen. Ik heb dit aan de stuurgroep mee gegeven. De stuurgroep zal dit aspect meenemen en nagaan op welke wijze financiering een rol speelt in implementatie van voedingsconcepten.

Ik heb op 10 december jl. de **Monitor Ambulantisering en hervorming van langdurige GGZ van het Trimbos** ontvangen. Deze Monitor treft u hierbij aan[16]. In januari 2016 zal ik het advies van het Trimbos ontvangen over een mogelijk te hanteren streefcijfer ambulante GGZ-zorg. Bij de aanbieding van dit advies aan uw Kamer, zal ik ook mijn reactie geven op de uitkomsten van de Monitor. Tevens zal ik in deze brief terugkomen op de wachttijden bij beschermd wonen.

In de Voortgangsrapportage Hlz van april jl. (Kamerstuk 34 104 nr. 25) is de eerste **monitor over de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt** besproken. In de Voortgangsrapportage Hlz van september jl. (Kamerstuk 34 104, nr. 70) is dit voor de tweede keer gedaan. Bijgevoegd is een volgende update van de monitor die betrekking heeft op twee onder-

[16] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

werpen[17]. De ontwikkeling ontslag- en WW-aanvragen bij het UWV en het gebruik sectorplannen zorg.

Voor de monitor sectorplannen levert het UWV gegevens over de ontwikkeling van het aantal meldingen collectief ontslag, ontslagaanvragen en ontslagvergunningen. Na een eerdere stijging in 2014, is in de eerste drie kwartalen van 2015 sprake van een daling van zowel de meldingen, de ontslagaanvragen als de ontslagvergunningen. De monitor laat verder zien dat het aantal meldingen collectief ontslag aanmerkelijk groter is dan het daadwerkelijk aantal ingediende ontslagaanvragen en verleende ontslagvergunningen. Tegenover ongeveer 5.800 meldingen in de periode januari 2015 – september 2015 staan ruim 3.100 daadwerkelijke aanvragen en 1.900 verleende ontslagvergunningen. De meeste ontslagvergunningen zijn verleend in de branche Verpleging, verzorging en thuiszorg (Vvt). In de periode van januari – september 2015 gaat het om 0,4% van de werkgelegenheid. In de branches Gehandicaptenzorg (Ghz) en Geestelijke gezondheidszorg (Ggz) betreft het respectievelijk 0,2% en 0,1% van de werkgelegenheid.

Vanuit het UWV zijn ook cijfers over de WW bekend, eveneens tot en met het derde kwartaal 2015. Na een piek begin 2015 is de instroom in de WW vanuit de langdurige zorg en ondersteuning vervolgens gedaald. Het aantal lopende WW-uitkeringen is vanaf maart 2015 met bijna 35.000 uitkeringen nagenoeg stabiel; instroom en uitstroom zijn dus ongeveer gelijk. De ervaring leert overigens dat dezelfde persoon meerdere keren in een bepaalde periode een WW-uitkering toegekend kan krijgen. Uit de gegevens van het UWV blijkt dat het aantal personen met een WW-uitkering ruim 9% lager ligt dan het aantal WW-uitkeringen. In september 2015 waren er ongeveer 31.500 unieke personen met een WW-uitkering, die eerder in de langdurige zorg en ondersteuning werkzaam waren.

In het kader van het landelijk sectorplan zorg wordt ingezet op van-werk-naar-werk-trajecten. In de Voortgangsrapportage Hlz van september jl. (Kamerstuk 34 104, nr. 70) is aangegeven dat het landelijk sectorplan naar beneden bijgesteld is, van 24.000 naar 4.000 trajecten. Onlangs heeft de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de Tweede Kamer laten weten dat de vrijvallende middelen beschikbaar blijven voor de zorg en ingezet worden voor persoonlijke dienstverlening vanuit het UWV en voor specifieke trajecten, waaronder scholingsvouchers (Kamerstuk 33 566, nr. 84). In mijn brief van 4 december jl. (Kamerstuk 29 282, nr. 238) is aanvullend daarop gemeld dat daarvoor een zorginhoudelijke project- en uitvoeringsorganisatie ingericht wordt, die zorgpersoneel begeleidt naar een nieuwe baan met perspectief in de langdurige zorg en ondersteuning. De 18 regionale sectorplannen in de zorg zijn gericht op om- en bijscholing van het personeel, zodat dit personeel zoveel mogelijk behouden blijft voor de zorg en behoed wordt voor ontslag. Inmiddels hebben zorginstellingen ingetekend op ruim 80.000 scholingstrajecten. Regio's, zorginstellingen en ook hun werknemers zijn volop aan de gang met deze trajecten.

In mijn brief van 9 oktober jl., heb ik aangegeven u uiterlijk in december een update te zullen sturen van de **factsheet medisch beroepsgeheim**. Tijdens het Algemeen Overleg van 19 november jl. is echter een aantal punten met betrekking tot het beroepsgeheim aan de orde geweest waarvan het naar mijn mening goed is om die ook een plek te geven in de factsheet. Dat vergt wel wat meer tijd. Mijn voornemen is daarom u in de

[17] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

brief over het beroepsgeheim, die voor het voorjaar 2016 is toegezegd, te informeren over deze factsheet.

Ik heb in het Algemeen Overleg patiëntveiligheid op 8 oktober jl. (Kamerstuk 31 016, nr. 89) aangegeven dat in het **werkplan van de Inspectie 2016** aandacht komt voor de cosmetische sector. De IGZ heeft mij laten weten dat dit in hun werkplan voor 2016 opgenomen is. Zo zal de IGZ samen met de NVWA in 2016 bij de schoonheidsalons een inventarisatie laten uitvoeren om meer zicht te krijgen op de activiteiten die hier worden uitgevoerd en welke daarvan vallen onder zorg. Vervolgens zal op basis van die inventarisatie een aantal gezamenlijke inspecties bij schoonheidssalons worden gedaan. De inventarisatie en de bezoeken zullen vervolgens worden gebruikt als input voor de verdere uitwerking hoe de NVWA en de IGZ toezicht gaan houden op deze doelgroep. Met de komst van de Wkkgz en straks met de aanpassing van de Wet BIG krijgt de IGZ meer instrumenten in handen om toezicht te houden op de cosmetische sector.

Na de tweede suppletoire begroting is nog een **aantal mutaties op de VWS begroting** ingediend voor het lopende begrotingsjaar. Deze zullen bij Slotwet worden verwerkt. In het hierna volgende overzicht licht ik de als beleidsmatig aan te merken mutaties nader toe.

Artikel 1:

– Het verplichtingenbudget op het instrument Bijdragen aan agentschappen binnen het artikelonderdeel «Gezondheidsbescherming» wordt met € 550.000 verhoogd. De mutatie betreft alleen verplichtingen en komt ten laste van het verplichtingenbudget 2016–2018. De mutatie hangt grotendeels samen met het vastleggen van een meerjarenopdracht aan het Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (aCBG) in 2015 die in 2016–2018 tot betaling leidt en betreft daarnaast een kleine opdracht aan de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit.
– Bij 2e suppletoire begroting is op artikelonderdeel Ethiek € 1,218 miljoen aan het instrument Bijdrage aan ZBO's/RWT's toegevoegd in verband met de nabetaling aan ZiNL als gevolg van de vaststelling van de rijksbijdrage abortusklinieken over 2013 en 2014. Het bedrag van € 1,218 miljoen is het saldo van een vordering van € 0,836 mln voor 2013 en een nabetaling van € 2,054 in 2014. Op grond van de Comptabiliteitswet moeten deze bedragen bruto (per boekjaar) worden geboekt. Om hierin te voorzien is een desaldering noodzakelijk. De uitgaven (kas en verplichtingen) en ontvangsten (kas) worden derhalve met € 0,836 miljoen verhoogd.
– Er vindt voor 2015 een verschuiving van € 2,0 miljoen verplichtingenbudget plaats van artikelonderdeel «Ziektepreventie» naar artikelonderdeel «Gezondheidsbevordering». De mutatie is nodig om de (meerjarige) projecten Care for obesity» en «prioriteitenplan gezond door het leven» kunnen vastleggen.

Artikel 2:

– Voor het vastleggen van de projectsubsidie in 2015 voor de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie (KNMP) is op artikelonderdeel Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg € 10,994 miljoen aan verplichtingenbudget noodzakelijk. Dit budget komt ten laste van het verplichtingenbudget in de periode 2016 t/m 2019.

Artikel 4

– Het verplichtingenbudget op het artikelonderdeel Kwaliteit, transparantie en kennisontwikkeling wordt met € 2,9 miljoen verhoogd. De

mutatie komt ten laste van het verplichtingenbudget 2016. De mutatie hangt samen met het corrigeren van een eerdere mutatie waarbij alleen kasmiddelen hadden moeten vrijvallen, maar waarbij abusievelijk ook verplichtingenruimte is meegenomen.
- Voor het vastleggen van de meerjarige programmering in 2015 van ZonMw is € 5,2 miljoen aan verplichtingenbudget noodzakelijk op artikelonderdeel Kwaliteit, transparantie en kennisontwikkeling. Dit budget komt ten laste van het verplichtingenbudget 2016. Het tekort is ontstaan door de toezegging van het meerjarige programma Kennis- en innovatieagenda sport 2016–2020.
- Het verplichtingenbudget op artikelonderdeel Inrichten uitvoeringsactiviteiten wordt verhoogd met € 53,5 miljoen en € 48,7 miljoen. De mutaties betreffen alleen verplichtingen en komen ten laste van het verplichtingenbudget 2016. De mutaties zijn nodig om de goedkeuringen van het werkplan en de begroting 2016 van respectievelijk de NZa en het ZiNL vast leggen.
- Het verplichtingenbudget op artikelonderdeel Inrichten uitvoeringsactiviteiten is met € 69,9 miljoen opgehoogd. De mutatie betreft alleen verplichtingen en komt ten laste van het verplichtingenbudget 2016. De mutatie hangt samen met de wettelijke verplichting om de begroting van het CAK voor het jaar 2016 uiterlijk 1-12-2015 goed te keuren.
- Het verplichtingenbudget op artikelonderdeel Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt is met € 2,5 miljoen opgehoogd. De mutatie betreft alleen verplichtingen en komt ten laste van het verplichtingenbudget 2018. De mutatie hangt samen met het vastleggen van verplichtingen in 2015 die in 2016 en latere jaren tot betaling leiden.
- Het verplichtingenbudget op artikelonderdeel Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt wordt met € 11 miljoen verhoogd. De mutatie is nodig om subsidie aan te kunnen gaan op grond van de subsidieregeling opleiding tot PA/ANP 2015–2018. De mutatie komt ten laste van het verplichtingenbudget 2018.

Artikel 6:
- Op het artikelonderdeel Uitblinken in Sport vindt een budgetmutatie plaats van € 30.000 tussen de instrumenten Subsidies en Bijdragen (inter) nationale organisaties in verband met de betaling van de jaarlijkse contributie aan de WADA.

Artikel 7:
- Om de uitkeringen en pensioenen voor oorlogsgetroffenen en verzetsdeelnemers op grond van de wetten en regelingen WOII te kunnen verplichten aan de Sociale Verzekeringsbank is het noodzakelijk om een aantal mutaties door te voeren. Het gaat om de volgende mutaties binnen het artikel:
  - Op artikelonderdeel 2 wordt het verplichtingenbudget met € 258,2 miljoen opgehoogd om de verplichting aan de Sociale Verzekeringsbank voor de uitkeringen te kunnen vastleggen. De mutatie komt ten laste van het verplichtingenbudget 2016.
  - Op artikelonderdeel 2 wordt het verplichtingenbudget met € 11 miljoen opgehoogd om de verplichting aan de Sociale Verzekeringsbank voor de uitvoeringskosten te kunnen vastleggen. De mutatie komt ten laste van het verplichtingenbudget 2016.

Artikel 10:
- Binnen het apparaatsartikel vinden diverse overhevelingen plaats tussen de verschillende instrumenten. Per saldo verandert het artikeltotaal niet.

Op 10 juni jl. heeft u mijn reactie ontvangen op de **overname van de diabeteskliniek Diabeter door een fabrikant van medische hulpmiddelen, Medtronic** (Kamerstuk 32 805, nr. 40). Daarin heb ik aangekondigd uw Kamer nog dit jaar nader te informeren over deze ontwikkeling en de wijze waarop de keuzevrijheid van de patiënt is geborgd. Met deze brief informeer ik uw Kamer nader. De afgelopen periode zijn gesprekken gevoerd met Diabeter en Medtronic en anderen zoals de Diabetes Verenging Nederland (DVN), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De samenwerking tussen fabrikanten van medische hulpmiddelen en behandelende artsen en klinieken wordt intensiever. Hoewel het aantal daadwerkelijke overnames vooralsnog beperkt lijkt, gebeurt het vaker dat zorgaanbieders afspraken maken met preferente leveranciers van genees- en hulpmiddelen en medische technologie.

Hier is op zich niets mis mee en de ontwikkeling kan zelfs een positieve bijdrage leveren aan de zorg. Zolang de samenwerking tussen fabrikanten van medische hulpmiddelen en zorgaanbieders bijdraagt aan de kwaliteit en innovatie in de zorg, vind ik dit een positieve ontwikkeling. Een belangrijke voorwaarde is wel dat de onafhankelijke positie van zorgprofessional én de keuzevrijheid van de patiënt voldoende zijn geborgd. Op deze manier worden onwenselijke prikkels bij het verlenen van zorg voorkomen. De positie van de patiënt is geborgd binnen de geldende wettelijke regelgeving en professionele standaarden op het gebied van kwaliteit en bestuursstructuur. Daarbij spreekt de IGZ zowel behandelend artsen en andere betrokken zorgprofessionals als raden van bestuur en raden van toezicht aan op hun verantwoordelijkheden. Ik zie op dit moment geen aanleiding voor verder onderzoek.

In de Kamerbrief «Merkbaar minder regeldruk» van 2 juli jl. heb ik aangegeven uw Kamer dit jaar nader te informeren over de **ervaringen van het Kafka-traject**. In de bijlage bij deze brief vindt u de publieksversie van dit actieplan[18] en voldoe ik hierbij aan de toezegging aan uw Kamer. In het collectief functioneringsgesprek waarbij ik aanwezig was hebben alle partijen aangegeven stappen te willen zetten om barrières tussen de cure en care die professionals en bestuurders in de weg staan om betere zorg voor de patiënt te leveren, aan te pakken. Dit plan biedt een weergave van de besproken problemen en acties. Ik kijk uit naar de resultaten van het terugkomgesprek in het voorjaar waarin de voortgang en resultaten worden bezien.

Naar aanleiding van mijn brief «Samen beslissen» van 29 oktober jl. heeft uw Kamer gevraagd het daarbij behorende **tijdpad** te mogen ontvangen met het oog op een te houden Algemeen Overleg Patiënten- en cliëntenrechten. In de bijlage vindt u het tijdpad[19].

[18] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl
[19] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl